

О Т З Ы В

официального оппонента, доктора медицинских наук, профессора Анисимова Андрея Юрьевича на диссертационную работу Мамисашвили Зура Сулхановича на тему: «Новые подходы к диагностике и малоинвазивному хирургическому лечению холедохолитиаза с прогнозированием операционного риска и послеоперационных осложнений», представленную к защите в диссертационный совет по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 01.012.04 на базе Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» на соискание учёной степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 «Хирургия»

Актуальность исследования.

Несмотря на очевидные успехи в диагностике и хирургическом лечении больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, частота которого, по данным разных авторов, колеблется от 8 до 30%, последний каждый год приводит к обструкции желчевыводящих путей, холангиту и панкреатиту у значительного числа пациентов.

Актуальность данной проблемы обусловлена разнообразием методов диагностики и хирургического лечения холедохолитиаза, высокой частотой заболевания и отсутствием единого подхода к обследованию и выбору метода хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, что определяет необходимость изучения данной проблемы и выявления оптимальных подходов к обследованию и лечению, в том числе с использованием современных минимально инвазивных методов лечения.

За последние три десятилетия в Российской Федерации достижения в области оказания неотложной хирургической помощи существенно снизили смертность и инвалидность больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография стала широко доступной и рутинной процедурой, в то время как открытая холецистэктомия в значительной степени заменена лапароскопическим подходом. В то же время, перечисленные методики наряду с преимуществами обладают рядом недостатков, связанных со специфическими осложнениями, характерными для каждой из них.

Минимально инвазивные технологии, которые в настоящее время считаются «золотым стандартом», применяют с двумя основными целями: для подготовки к радикальному оперативному вмешательству или как окончательный паллиативный метод. Однако необходимо помнить, что минимально инвазивные технологии сами по себе являются инвазивными процедурами, наряду с преимуществами обладают рядом недостатков, связанных со специфическими осложнениями, характерными для каждой из них. При развитии таких осложнений лечение основного заболевания задерживается, а в ряде ситуаций становится невозможным. Именно поэтому на современном этапе до сих пор широко дискутируется вопрос о тактике лечения холедохолитиаза.

Сегодня абсолютно ясно, что больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, нельзя лечить шаблонно. Необходим индивидуальный подход, учитывающий характер течения заболевания и его осложнений, коморбидный статус пациента и технические возможности конкретного стационара. Однако четких приоритетов для разработки стратегии смягчения масштабов и последствий потенциально предотвратимой смерти от желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом, и единой программы лечения подобных пациентов до сих пор не выработано.

Не случайно в последнее время мы являемся свидетелями пристального интереса к данной проблеме со стороны исследователей и практикующих врачей. Об этом говорят

публикации на страницах таких рецензируемых изданий, как «Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова», «Вестник хирургии имени И.И. Грекова», «Анналы хирургической гепатологии», «Журнал имени Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь», «Вестник неотложной и восстановительной хирургии», материалы многочисленных Международных конгрессов Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии» и др. В решениях этих форумов проблемы выбора оптимальных режимов диагностики, хирургического лечения и оценки его эффективности у больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, отнесены к вопросам, требующим дальнейшего изучения в доказательных многоцентровых исследованиях. Решение этих проблем составляет актуальную задачу клинической хирургии.

Исходя из выше обозначенных позиций, появление комплексного исследования, направленного на глубокую научную проработку вопросов оказания хирургической помощи пациентам с холедохолитиазом путем совершенствования диагностики, малоинвазивного лечения, экспертной системы прогнозирования операционного риска и послеоперационных осложнений, нам представляется как нельзя более своевременным и необходимым. Все сказанное объясняет высокую актуальность выбранной диссертантом темы, как в теоритическом, так и в практическом аспектах и предопределяет большой интерес к диссертации со стороны клиницистов, в частности хирургов.

Научная новизна.

Автором проведено продольное, проспективное и ретроспективное, аналитическое, когортное, одноцентровое, нерандомизированное исследование. При этом диссертант обладает результатами клинического анализа 828 больных с холедохолитиазом, в том числе 517 (62,5%) женщин и 311 (37,5%) мужчин в возрасте от 20 до 88 лет. Причем у 363 (43,8%) пациентов возраст превышал 60 лет. Такой объем массива клинических данных позволил автору убедительно обосновать основные научные положения исследования.

В диссертации З.С. Мамисашвили привлекают несколько принципиально важных позиций, убедительно заявленных соискателем.

Прежде всего, на наш взгляд, представляется абсолютно обоснованным заключение соискателя о том, что функциональные и метаболические нарушения при осложненных формах холедохолитиаза возникают вследствие нарушения обменных процессов на уровне мембран гепатоцитов. В результате проведенных исследований, автором обоснована преобладающая роль полиорганных расстройств в течении и исходе заболевания, а также выявлена прямая корреляция между выраженными морфологическими, морфометрическими изменениями в печени, биохимическими нарушениями, активности ПОЛ и осложненным течением послеоперационного периода.

Диссертантом убедительно обоснован дифференцированный подход к выбору основных методов исследования с применением оригинального «Способа определения локализации и протяженности блока желчеоттока в общем печеночном или желчном протоке» и оперативных вмешательств у этой категории больных.

Разработанные на основании проведенного соискателем анализа оригинальные способы диагностики стадий формирования абсцессов поджелудочной железы; антеградной чреспеченочной баллонной дилатации большого дуоденального сосочка и удаления конкрементов из общего печеночного или желчного протока; лапароскопической баллонной дилатации большого сосочка двенадцатиперстной кишки и литоэкстракции из общего желчного протока показали свою клиническую эффективность. По данным автора, их применение не потребовало дополнительных финансовых затрат и позволило сделать работу медицинских организаций более рациональной.

Второе принципиальное положение заключается в разработанной диссертантом экспертной системе прогнозирования операционного риска и послеоперационных осложнений. При этом на основании компьютерного моделирования результатов оперативного лечения, с учетом клинических признаков и лабораторных показателей, соискателем установлена не только качественная, но и количественная градация степени операционного риска.

Третья привлекательная сторона диссертации З.С. Мамисашвили нам представляется в научном обосновании принципов и методов патогенетической индивидуализированной интенсивной терапии с применением сорбционно-оксидантного и хирургического лечения пациентов с холедохолитиазом, в зависимости от характера полиорганных нарушений, степени риска и комплексного прогнозирования течения послеоперационного периода. При этом автором продемонстрировано адаптивное и компенсаторное действие современных антиоксидантов, направленное на обеспечение динамического равновесия перекисного окисления липидов и антиоксидантной активности.

Далее диссертантом разработана дифференцированная индивидуализированная лечебная тактика применения методов малоинвазивной хирургии в соответствии с оригинальной экспертной системой прогнозирования операционного риска и послеоперационных осложнений. Судя по результатам, приведенным в диссертации, такой подход позволил своевременно назначать необходимое лечение, выбирать рациональный объем операции и индивидуализировать выбор метода завершения холедохотомии.

Полученные соискателем результаты и выводы достоверны. Это обусловлено, во - первых, тем, что в работе применено помимо традиционных рутинных биохимических маркеров (билирубин крови, аминотрансферазы, щелочная фосфатаза, глюкоза, остаточный азот, мочевины, белки крови с фракциями, коагулограмма, креатинин, амилаза, электролиты плазмы, холестерин, псевдохолинэстераза, лактатдегидрогеназа, глутаматдегидрогеназа, церулоплазмин), удачное сочетание современных, объективных и высокоинформативных методов контроля за гомеостазом (эндоскопическая ультрасонография, эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта с визуализацией большого дуоденального сосочка, динамическая межфазная тензиометрия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чрескожная чреспечёночная холангиография, мультиспиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная холангиопанкреатография, интраоперационная холангиография, холангиоскопия, фистулохолангиография, морфологическое исследование жёлчного пузыря и ткани печени, бактериологическое исследование желчи), а также активность перекисного окисления липидов, чувствительность эритроцитов к перекисному гемолизу, молекулы средней массы, витамин Е (токоферол).

Во - вторых, достаточным по объему (828 больных с холедохолитиазом) материалом исследования.

В - третьих, использованием для обработки полученных результатов адекватных методов математической статистики, в том числе критерия Стьюдента - при сравнении средних значений разных выборок; критерия Колмогорова-Смирнова - при числовом выборочном распределении близком к нормальному, критерия Уитни-Манна - при сравнении выборок с распределениями, далёкими от нормального; критерия χ^2 Пирсона и Фишера - при сравнении долей признака.

Кроме того, автором получены четыре патента UA на полезные модели: № 26849 UA МПК (2006) А61В 8/00; № 142564 UA МПК (2020.01) А61В 17/94; № 143378 UA МПК (2020.01) А61В 17/00, А61М 27/00 и № 144478 UA МПК (2020.01) А61В 17/94, А61М 29/00.

Практическая ценность.

Несомненным достоинством рецензируемой работы в практическом аспекте является снижение в результате использования в комплексной лечебно-диагностической программе пациентов с холедохолитиазом предложенных диссертантом способов предоперационной подготовки, малоинвазивного хирургического лечения с экспертным прогнозированием послеоперационного периода числа осложнений в разных группах на 3,2-5,3%, а летальности – на 0,4-2,1%. Из 382 пациентов, обследованных в отдалённом периоде после различных операций по поводу холедохолитиаза, хорошие результаты были получены у 224 (58,6%), удовлетворительные – у 128 (33,5%), плохие – у 19 (5,0%) больных.

Результаты диссертационного исследования внедрены в практическую работу хирургических отделений отдела абдоминальной хирургии и политравмы Института неотложной и восстановительной хирургии имени В.К. Гусака Министерства здравоохранения Донецкой народной республики и Донецкого клинического территориального медицинского объединения.

Полученные результаты нашли отражение в материалах учебного курса на кафедре госпитальной хирургии им. В.К. Богославского Государственной образовательной организации высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького».

Основные научные результаты диссертации опубликованы в 20 печатных работах в виде научных статей и тезисов в журналах, материалах конференций и конгрессов, в том числе в 10 научных статьях в рецензируемых изданиях, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора наук в соответствии с распоряжением ВАК Донецкой народной республики. Диссертантом получено 4 патента UA на полезные модели.

Основные положения диссертации доложены на: VI съезде хирургов Юга России, посвященном 100-летию со дня рождения члена-корреспондента РАМН, профессора Коваленко П.П. (Ростов-на-Дону, 2019); III и IV Международных медицинских форумах Донбасса «Наука побеждать... болезнь» (Донецк, 2019, 2020); 82-м и 83-м Международных медицинских конгрессах молодых учёных «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» (Донецк, 2020, 2021); IV Международном научном форуме ДНР «Инновационные перспективы Донбасса» (Донецк, 2020); 104-м Конгрессе РОПР (Москва, 2020); IV Ежегодной международной online-телеконференции «Современные аспекты диагностики и лечения опухолей основных локализаций», посвящённой памяти академика Г.В. Бондаря (Донецк, 2021).

Оценка содержания работы.

Диссертация З.С. Мамисашвили изложена на русском языке, построена по традиционному плану и состоит из введения, аналитического обзора литературы, 5 глав, которые в диссертации почему то названы разделами, результатов собственных исследований. Завершает работу анализ и обобщение полученных результатов, в котором кратко суммируются и обсуждаются основные полученные результаты. За ним следуют выводы, практические рекомендации, список сокращений, список использованной литературы, насчитывающий 337 научных публикаций, из них 253 отечественных, 84 – зарубежных, в том числе за последние 10 лет – 224 источника. Диссертация изложена на 356 страницах, содержит 34 таблицы, 106 рисунков и 7 приложений.

Во **введении** убедительно обоснована актуальность разработки комплексной программы диагностики и хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью,

осложненной холедохолитиазом, направленной на повышение эффективности выявления оптимальных подходов к обследованию и лечению, в том числе с использованием современных минимально инвазивных методов лечения.

Для достижения конкретной, четко сформулированной цели улучшения результатов хирургического лечения больных с холедохолитиазом путем совершенствования диагностики, малоинвазивного лечения, экспертной системы прогнозирования операционного риска и послеоперационных осложнений соискателем логично выбран конкретный алгоритм действий, отраженный в семи последовательно вытекающих друг из друга задачах: оценить значение и роль специальных методов исследования в диагностике холедохолитиаза, выявить наиболее эффективную диагностическую программу для данной категории пациентов; определить особенности клинического течения и лабораторной диагностики осложненного и неосложненного ХДЛ; выявить корреляционные связи между морфологическими, морфометрическими изменениями в печени, биохимическими нарушениями, активностью перекисного окисления липидов и течением послеоперационного периода; разработать критерии выбора наиболее оптимального способа оперативного вмешательства при ХДЛ, алгоритм рациональной тактики хирургического лечения; выбрать интегральные факторы риска для шкалы риска, построить на основе комплексных данных обследования экспертную систему прогнозирования операционного риска и послеоперационных осложнений (в виде графических моделей) у больных с ХДЛ, определить степень их достоверности; усовершенствовать и разработать новые способы диагностики и малоинвазивного хирургического лечения ХДЛ, выбрать методы патогенетически обоснованного ведения предоперационного, операционного и послеоперационного периодов, с применением сорбционно-оксидантного лечения, позволяющие добиться наиболее благоприятных непосредственных и отдаленных результатов; изучить непосредственные и отдаленные результаты различных операций на печеночно-желчном протоке, причины неудовлетворительных результатов с определением мер профилактики.

Первый раздел традиционно посвящен *обзору литературы*, в котором автор успешно избежал очевидной опасности попытаться объять необъятное и «утонуть в море» материала по данной проблеме. Им выбраны несколько аспектов, имеющих непосредственное отношение к собственным исследованиям. Прежде всего, это эпидемиология, этиология, основные клинические проявления холедохолитиаза. Далее - до- и интраоперационная диагностика и способы лечения холедохолитиаза. И, наконец, - прогнозирование операционного риска и послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии.

Обзор литературы написан хорошим литературным языком и с интересом читается. В целом обзор литературы производит благоприятное впечатление, так как, во-первых, он убедительно обосновывает выбор цели и задач, которые поставил перед собой диссертант З.С. Мамисашвили, а, во-вторых, свидетельствует о достаточной теоретической подготовке соискателя.

Второй раздел содержит подробный анализ массива клинических данных, общим числом 828 человек, которые находились под наблюдением автора. По основному диагнозу все они были разделены на 6 групп: I группа – хронический бескаменный холецистит, холедохолитиаз; II группа – хронический бескаменный холецистит, холедохолитиаз, обтурационная желтуха; III группа – хронический калькулёзный холецистит, холедохолитиаз; IV группа - хронический калькулёзный холецистит, холедохолитиаз, обтурационная желтуха; V группа – ПХЭС, холедохолитиаз; VI группа – ПХЭС, холедохолитиаз, обтурационная желтуха. В то же время по способам выполненных операций все больные были разделены на 5 групп: I-я группа – эндоскопические транспапиллярные; II-я группа – лапароскопические чресхоледоховые; III-я группа –

эндоскопические чреспечёночные; IV-я группа – комбинированные (антеградные+ретроградные) и V-я группа – лапаротомные вмешательства.

В разделе подробно представлены методики объективной оценки гомеостаза, которые включали в себя клинико-лабораторные, инструментальные, морфологические и бактериологические методы исследования, и методы статистической обработки полученных цифровых данных. По прочтении раздела становится ясным, что автор располагает вполне достаточным для обоснования выводов фактическим материалом, изученным с помощью современных методов контроля.

В **разделе 3** диссертант изучил особенности клинической картины и результаты комплексной диагностической программы холедохолитиаза. Как следует из материалов, приведенных в **третьем разделе**, клиническое течение холедохолитиаза, разнообразно и протекает в виде четырех наиболее характерных форм: выраженного холедохолитиаза с приступами болей, желтухой и холангитом (76,1% клинических наблюдений); стертой (17,4%); бессимптомной (3,7%) и формы атипичного течения (2,8%). Алгоритм диагностического поиска зависит от оснащённости медицинского учреждения диагностическим оборудованием, анатомических и воспалительных изменений в гепатопанкреатодуоденальной зоне, тяжести состояния пациента. Наиболее предпочтительны: ультразвуковое исследование, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, а при их неинформативности – мультиспиральная компьютерная томография (магнитно-резонансная холангиопанкреатография) или лапароскопическая холецистэктомия с интраоперационной холангиографией, фиброхолангиоскопия, эндоскопическая ультрасонография.

При выраженных патоморфологических и морфометрических изменениях в печени диссертантом отмечено увеличение уровней ферментов (АЛТ, АСТ, церулоплазмин, щелочная фосфатаза) и продуктов перекисного окисления липидов, что резко ухудшает прогноз течения послеоперационного периода с увеличением летальности.

Представленные в **разделе 3** фактические данные сравнительного анализа, убедительно свидетельствуют о том, что исход лечения холедохолитиаза во многом зависит от степени тяжести поражения печени, поэтому улучшение её функционального состояния до операции и в раннем послеоперационном периоде должно быть одной из основных задач хирурга.

В **разделе 4** соискатель провел анализ результатов лечения больных холецистохоледохолитиазом малоинвазивными, новыми и традиционными способами. Как следует из материалов, приведенных в **четвертом разделе**, выбор наиболее рационального способа оперативного лечения холедохолитиаза определяются характером патологических изменений жёлчных протоков, периапулярной зоны, размерами конкрементов, степенью операционно-анестезиологического риска с учётом разработанной автором шкалы и результатами компьютерного прогнозирования. Подводя итоги **четвертого раздела**, следует признать, что предложенные диссертантом способы предоперационной подготовки, малоинвазивного хирургического лечения с экспертным прогнозированием послеоперационного периода снизили число осложнений в разных группах на 3,2 – 5,3%, а летальность – на 0,4 - 2,1%.

В **разделе 5** соискателем представлены результаты сравнительного анализа малоинвазивных и традиционных способов лечения холедохолитиаза. Анализ представленного в этом разделе клинического материала свидетельствует о том, что традиционные подходы и методы хирургической коррекции холедохолитиаза и его осложнений не полностью отвечают требованиям, предъявляемым к решению данной проблемы. В целом по прочтении **пятого раздела** становится ясным, что операции на желчных протоках всегда индивидуальны, технически сложны, требует специального оснащения и большого опыта хирурга, а поэтому должны проводиться только в специализированных хирургических отделениях. В настоящее время необходимо не

противопоставлять друг другу различные методы завершения холедохотомии, а применять их индивидуально, в зависимости от особенностей конкретного случая, данных прогнозирования и специальных методов исследования. Судя по данным автора, наиболее эффективным малоинвазивным способом лечения холедохолитиаза при минимальном числе осложнений (10,8 %) и отсутствии летальности показал себя способ лапароскопической холецистэктомии в сочетании с холедохоскопией и контактной лазерной холедохолитотрипсией гольмиевым лазером.

Раздел 6 посвящен обоснованию и результатам применения экспертной системы прогнозирования операционного риска и послеоперационных осложнений. С помощью метода главных компонент и факторного анализа диссертантом получены 4 регрессионные модели и 4 градации шкалы риска. На основе комплексных данных обследования построена экспертная система прогнозирования операционного риска и послеоперационных осложнений (в виде графических моделей) у больных с холедохолитиазом. Переход от одной градации к другой, увеличение значения интегральных факторов риска вызывает увеличение риска развития осложнений и летальных исходов. Об эффективности работы экспертной системы и возможности использования ее в медицинской практике убедительно свидетельствует тот факт, что прогноз оказался верным в 87,5-97,5% случаев.

Диссертация вполне логично завершается **«Анализом и обобщением результатов исследования»**, в котором соискатель, кратко резюмируя основные положения проделанной работы, достигнутые в результате решения поставленных задач, позволившие достигнуть цели исследования, вместе с тем справедливо формулирует постулат о том, что операции на жёлчных протоках всегда индивидуальны, технически сложны, требуют специального оснащения и большого опыта хирурга. Их следует выполнять только в специализированных хирургических отделениях. Повысить эффективность лечения холедохолитиаза можно путём применения современных информационных технологий – экспертных систем и систем поддержки принятия решений.

Текст всех глав диссертации отражает высокую эрудицию автора по важнейшим вопросам рассматриваемой проблемы.

Все поставленные перед собой задачи диссертант решил в полном объеме.

Выводы работы конкретны, обоснованны, соответствуют поставленным задачам и логично вытекают из анализа результатов проведенного исследования.

Практические рекомендации соискателя по использованию разработанных оптимальных подходов к выбору диагностических, лечебных и прогностических методов оказания хирургической помощи больным желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, логически вытекают из выводов, носят прикладной характер, заслуживают внимания клиницистов и могут быть использованы в учреждениях здравоохранения, занимающихся хирургическим лечением этой категории пациентов.

Автореферат и публикации адекватно отражают все основные положения диссертационного исследования.

Принципиальных замечаний по существу представленных в диссертационном исследовании материалов клинических исследований нет. Однако по ходу изучения диссертации у оппонента возникли некоторые вопросы:

Вопрос 1. Четвертый вывод по итогам раздела 5 звучит несколько противоречиво. С одной стороны автор декларирует, что «...выбор наиболее рационального способа оперативного лечения ХДЛ должен определяться характером патологических изменений жёлчных протоков, периампулярной зоны, размерами конкрементов, степенью операционно - анестезиологического риска с учётом разработанной шкалы и результатами компьютерного прогнозирования». С другой стороны, он тут же довольно категорично заявляет, что «...способ лапароскопической холецистэктомии в сочетании с

интраоперационной холедохоскопией и контактной лазерной (гольмиевый лазер) литотрипсии оказался наиболее эффективным малоинвазивным способом лечения холецистохоледохолитиаза, с минимальным количеством осложнений (10,8%) и отсутствием летальности». Честно говоря, оппонента несколько смутила категоричность такого заключения, ибо в Российской Федерации официальная точка зрения несколько иная: «современным подходом, который почти в 2,5 раза улучшает исходы, является этапное хирургическое лечение. На первом этапе выполняют декомпрессию (дренирование) желчевыводящих протоков с применением минимально инвазивных технологий. После постепенного устранения билиарной гипертензии, гипербилирубинемии и нормализации функции органов и систем, вторым этапом, производят окончательное, в том числе, радикальное оперативное вмешательство». В связи с этим, хотелось бы узнать Ваше мнение о том, стоит ли противопоставлять друг другу одномоментный и двухэтапный тактические подходы или более логичен индивидуальный подход, в зависимости от особенностей конкретного случая, данных прогнозирования и специальных методов исследования?

Вопрос 2. Анализ многочисленных мета-анализов и РКИ показывает, что после лапароскопической холецистэктомии существенно ниже частота инфекционных осложнений, особенно при холедохолитиазе, осложненным механической желтухой. У больных в пожилом и старческом возрасте результаты лапароскопической холецистэктомии достоверно лучше по числу летальных исходов и послеоперационных осложнений, по сравнению с открытыми вмешательствами. Лапароскопическая холецистэктомия дает меньше осложнений после операции, чем хирургические вмешательства из открытого доступа. В то же время, в Ваших клинических наблюдениях вторую по численности изучаемую группу (112 (13,5%) больных) составили пациенты, у которых были выполнены лапаротомные вмешательства. Чем Вы можете объяснить такое большое число открытых операций у наблюдаемых Вами больных?

Вопрос 3. Судя по информации, представленной в разделе 6, «...получение достаточно информативных признаков позволило провести кластерный анализ и получить с помощью метода главных компонент специальные коэффициенты для выведения формул прогноза послеоперационных осложнений у конкретного больного с теоретической долей правильных отнесений 97,1%». Вообще - то говоря, попытки формализовать оценку тяжести состояния и прогноза больного начали активно предприниматься еще в 50-х годах прошлого века. Достаточно вспомнить легендарную шкалу Апгар. Кстати, впоследствии фамилию APGAR превратили в акроним, чтобы лучше запомнить пункты шкалы: А – appearance (внешний вид), Р – pulse (пульс), G – grimace (выражение лица), А – activity (активность), R – respiration (дыхание). Сегодня большинство прогностических систем вычислены с использованием логистического мультивариантного анализа и отличаются друг от друга набором клинических, инструментальных и лабораторных параметров, а также удобством их использования. Однако принципиально важным остается, что в идеале они должны быть дешевыми, и их должно быть возможно проводить у постели больного, ибо в ежедневной клинической практике во многих больницах не хватает ресурсов для проведения дорогостоящих анализов и расчетов. В связи с этим, чем Вас не устраивают многочисленные существующие системы прогнозирования вероятности развития того или иного осложнения или исхода?

Заключение.

Диссертация Мамисашвили Зура Сулхановича «Новые подходы к диагностике и малоинвазивному хирургическому лечению холедохолитиаза с прогнозированием операционного риска и послеоперационных осложнений», выполненная при научном

консультировании доктора медицинских наук, профессора Антонюка Олега Сергеевича, по своей актуальности, новизне, практической значимости, обоснованности положений и выводов, современному научно - методическому уровню проведенного исследования и соответствию материалов специальности 14.01.17 – «Хирургия», является самостоятельной, законченной научно-квалификационной работой, в которой на основании выполненных автором исследований изложены новые научно-обоснованные организационные и технологические решения оказания хирургической помощи больным желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, внедрение которых вносит значительный вклад в развитие здравоохранения Российской Федерации, что соответствует критериям, изложенным в п. 9 «Положения о присуждении ученых степеней», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 года № 842 (в редакции Постановления Правительства Российской Федерации от 01.10.2018 года № 1168 с изм. от 26.05.2020 года), которым должны отвечать диссертации на соискание ученой степени доктора наук.

Несомненно, автор Мамисашвили Зура Сулханович заслуживает присуждения искомой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.17 - «Хирургия».

Заведующий кафедрой неотложной медицинской помощи
и симуляционной медицины
Центра медицины и фармации Высшей школы медицины
Института фундаментальной медицины и биологии
ФГБОУ ВО Казанский (Приволжский) федеральный университет,
главный внештатный специалист хирург
Министерства здравоохранения Республики Татарстан,
Заслуженный врач Российской Федерации и Республики Татарстан,
доктор медицинских наук, профессор, член-корр РАЕН

А.Ю. Анисимов

Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань, Россия
Адрес: 420008, г. Казань, ул. Кремлевская, 18
тел.:(843) 2367892, факс (843) 2337814, email: medbiol@kpfu.ru,
aanisimovbsmp@yandex.ru

